MEDAFAR asma

Procesos de coordinación entre médicos y farmacéuticos en asma

Coordinadores:

Flor Álvarez de Toledo Saavedra

Nuria Fernández de Cano Martín

FUNDACIÓN Pharmaceutical CARE ESPAÑA

SEMERGEN AP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

MEDAFAR asma

Procesos de coordinación entre médicos y farmacéuticos en asma

Coordinadores:

Flor Álvarez de Toledo Saavedra

Nuria Fernández de Cano Martín

FUNDACIÓN Pharmaceutical CARE ESPAÑA

SEMERGEN AP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

MEDAFAR asma

Procesos de coordinación entre médicos y farmacéuticos en asma

Validado por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación

ESTEVE

© 2007. Fundación Pharmaceutical Care España, SEMERGEN, Laboratorios Esteve, S. A.

Coordinación editorial: IM&C
Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-690-4620-3
Depósito Legal: M-14106-2007

MEDAFAR asma

Autores por orden alfabético:

Julio Andrés Jácome (farmacéutico)
Antonio Barbero González (farmacéutico)
Nuria Fernández de Cano Martín (médico)
Eva Herrero Castillo (médico)
Gloria Martín García (médico)
Raimundo Pastor Sánchez (médico)
Nancy Solá Uthurry (farmacéutico)
María Tena Ledesma (farmacéutico)
Cristina Valero Bermejo (farmacéutico)

Coordinadores:

Flor Álvarez de Toledo Saavedra
(Presidenta de la Fundación Pharmaceutical Care España)

Nuria Fernández de Cano Martín
(Coordinadora Nacional del grupo de Farmacología y URM de SEMERGEN)

Colaboradores:

Neus Caelles Franch
José Ramón García Solans
Mª Pilar Guillén
Ana Dago Martínez
Benet Fité Novellas
Marian March Pujol
Pere Travé Mercadé

Correspondencia:

Fundación Pharmaceutical Care España
Rosellón, 331-333, entresuelo 2ª; 08037 Barcelona
Correo-e: secretaria@pharmaceutical-care.org
Web: www.pharmaceutical-care.org

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Narváez, 15, 1º Izquierda; 28009 Madrid
Correo-e: secretaria@semergen.es
Web: www.semergen.es

Copyrighted material

ÍNDICE

Presentación general de la obra 7

Introducción 9

Objetivos 11

Metodología 11

Aspectos éticos 12

Estructura 13

Procesos de coordinación farmacéutico / médico: 15
- 1. Efectividad 15
- 2. Seguridad 21
- 3. Necesidad 24
- 4. Educación sanitaria 24

Resultado 27

Evaluación y seguimiento 27

Bibliografía 28

Acrónimos utilizados 29

Glosario 30

Páginas web 33

Anexos: 34
- 1. Hoja de sugerencias a MEDAFAR asma 35
- 2. Modelo de hoja de interconsulta 36
- 3. Procesos de coordinación relacionados con la efectividad ... 37
- 4. Procesos de coordinación relacionados con la seguridad ... 38
- 5. Procesos de coordinación relacionados con la necesidad ... 39
- 6. Procesos de coordinación relacionados con la educación sanitaria 40

Copyrighted material

PRESENTACIÓN GENERAL DE LA OBRA

Los médicos y farmacéuticos comparten un objetivo común en la atención a los pacientes que es su cuidado, la curación de la enfermedad o el alivio de los síntomas. Para ello, el médico diagnostica e instaura un tratamiento y el farmacéutico, siguiendo los procedimientos de la Atención Farmacéutica (AF), colabora en alcanzar los objetivos propuestos.

La AF, actividad profesional de los farmacéuticos comunitarios, se caracteriza por la asunción de una mayor responsabilidad ante los usuarios de medicamentos, con la finalidad de conseguir que la farmacoterapia instaurada para cada paciente alcance los objetivos esperados cuando el médico lo prescribió. Este desarrollo ha dado lugar a nuevos conceptos y actividades con sus correspondientes protocolos y guías de actuación, que caracterizan los pasos a seguir en la Dispensación, Indicación o Seguimiento Farmacoterapéutico.

En numerosas reuniones científicas y congresos se han podido comparar diferentes protocolos de Atención Farmacéutica para la mayor parte de los pacientes con enfermedades prevalentes en nuestra Atención Primaria de Salud. Ello ha hecho posible multitud de intervenciones reales sobre la utilización de medicamentos por esos pacientes, consiguiendo reducir los problemas de efectividad o seguridad sospechados por los farmacéuticos.

Sin embargo, estas intervenciones de los farmacéuticos necesitan, en gran proporción, de la coordinación con los médicos de Atención Primaria (AP) responsables de los pacientes, bien porque han instaurado ellos mismos los tratamientos que necesitan revisarse, o bien porque aún teniendo otro origen de prescripción, son objeto de seguimiento y tratamiento continuado por los médicos de AP.

La Fundación Pharmaceutical Care, consciente de que en muchos procedimientos de AF es imprescindible la participación del médico de AP cuando se necesita actuar sobre el tratamiento de un paciente, propone la puesta en marcha de un proyecto de colaboración entre médicos de familia y farmacéuticos comunitarios.

SEMERGEN comparte esta iniciativa de la Fundación que refleja un afán de conseguir los mejores resultados para los pacientes, basada en la colaboración entre profesionales sanitarios.

Dada la posición que dentro de nuestro sistema sanitario ocupan los médicos de AP y los farmacéuticos que trabajan en las oficinas de farmacia, las

relaciones profesionales para resolver estos problemas concretos han tenido hasta ahora un carácter esporádico, no estructurado ni coordinado, dejando a la libre iniciativa de cada farmacéutico la decisión del momento, la vía, el formato y el contenido de la comunicación que pretende poner de manifiesto los problemas de necesidad, seguridad o efectividad de los tratamientos en uso.

MEDAFAR es un proyecto que abordará este vacío de estructura en los procesos necesarios de coordinación entre los médicos de AP y los farmacéuticos que ejercen la AF.

La obra, impulsada y financiada desde el primer momento por ESTEVE, que apoya el desarrollo de la AF para conseguir los mejores resultados en el uso de medicamentos, elaborará en este primer año de 2006 la edición de los documentos de coordinación en asma y en HTA.

Los documentos serán elaborados por equipos paritarios de médicos de AP y farmacéuticos que realizan AF. Esperamos que la edición de estos documentos sea una ayuda para ambos colectivos de profesionales.

En Madrid, a 25 de abril de 2006

Julio Zarco y Flor Álvarez de Toledo

Presidentes de SEMERGEN y Fundación Pharmaceutical Care España

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad crónica e intermitente, de etiología desconocida caracterizada por la inflamación y obstrucción reversible de las vías respiratorias, e hiperreactividad de las mismas ante diferentes estímulos.

Su prevalencia en España es del 5 al 7%, con una morbilidad de 2,8/100.000 habitantes/año. Afecta a todas las edades, predominando en niños y jóvenes.

Su diagnóstico está condicionado por su carácter intermitente y su variabilidad en cuanto a las manifestaciones clínicas.

Su pronóstico depende, entre otras variables, de la precocidad del diagnóstico y de la instauración del tratamiento, de un seguimiento adecuado, de la detección y el tratamiento correcto de las exacerbaciones, y del grado de conocimiento y control que adquieran los propios pacientes de su enfermedad.

Los objetivos terapéuticos a conseguir en los pacientes asmáticos son disminuir la morbimortalidad por esta enfermedad, desarrollando el afectado una vida normal, satisfactoria en las esferas personal, social o deportiva, con una calidad de vida aceptable.

Los profesionales sanitarios juegan una labor esencial en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución del paciente. Las actividades a desarrollar deben influir sobre el paciente para que comprenda su problema de salud, y se adiestre correctamente en el control de sus síntomas y manejo del arsenal farmacoterapéutico que se le ha recomendado.

El paciente debe recibir el apoyo coordinado y constructivo de todos los médicos, farmacéuticos y enfermeros que le asesoran; facilitándole la accesibilidad, continuidad, efectividad y seguridad del tratamiento, tanto en situación estable como en las crisis asmáticas.

Con este documento se pretende mejorar la comunicación y coordinación entre los farmacéuticos comunitarios y los médicos de familia, de una manera ordenada y pactada, para facilitar las acciones a desarrollar por cada profesional. Sin una buena relación entre los cuidadores de los asmáticos, éstos pueden recibir mensajes contradictorios o bloquear su correcto seguimiento.

Se ofrece este texto a todos lo profesionales sanitarios para que lo apliquen en su ejercicio diario; aceptando que puede ser mejorado, y que recibiremos con agrado todos aquellos comentarios o aportaciones que lo enriquezcan.

Julio Andrés Jácome
Antonio Barbero González
Nuria Fernández de Cano Martín
Raimundo Pastor Sánchez
Nancy Solá Uthurry
SEMERGEN y Fundación Pharmaceutical Care España

OBJETIVOS

Objetivo general:

Facilitar la relación interprofesional entre farmacéuticos comunitarios (FC) y médicos de Atención Primaria (MAP), para conseguir una mejor coordinación en la asistencia farmacoterapéutica a los pacientes asmáticos.

Objetivos específicos:

- Enumerar y clasificar las situaciones que puedan encontrarse los farmacéuticos comunitarios, tanto en la dispensación como en el seguimiento farmacoterapéutico, que impliquen una intervención y, en su caso, derivación del paciente al médico de Atención Primaria. Estas situaciones serán acordadas conjuntamente entre médicos y farmacéuticos.
- Proponer las acciones que deberán aplicar y desarrollar los farmacéuticos comunitarios ante cada situación descrita.
- Proponer los medios y las vías que faciliten la comunicación y coordinación entre médicos de Atención Primaria y farmacéuticos comunitarios.
- Proponer los resultados esperados, gracias al proceso de coordinación expuesto.
- Proponer los indicadores de evaluación de la implantación, el proceso y los resultados de la coordinación entre médicos y farmacéuticos.

METODOLOGÍA

El 6 de marzo de 2006 se firmó un acuerdo de colaboración entre la Fundación Pharmaceutical Care España y la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) denominado MEDAFAR, proceso de coordinación entre médicos y farmacéuticos, con el patrocinio de Laboratorios Esteve.

En abril de 2006 se constituyeron dos grupos de trabajo, uno en Madrid y otro en Zaragoza, formados respectivamente por dos farmacéuticos comunitarios de la Fundación Pharmaceutical Care, y dos médicos de familia de la SEMERGEN.

Tras una búsqueda exhaustiva de bibliografía sobre asma, coordinación y relaciones interprofesionales, se hicieron puestas en común e intercambio de información, aportando documentación y matizando las diferencias mediante el método del consenso para llegar a acuerdos en el contenido del texto.

Dichos acuerdos se expresan por escrito, concretándose en dos documentos diferentes,

uno por cada grupo de trabajo en Zaragoza y en Madrid, que posteriormente fueron comparados y sintetizados en un único texto, con la aceptación expresa de todos los profesionales que participaron en su elaboración.

Los trabajos, tanto por correo electrónico, como en reuniones presenciales, se desarrollaron entre abril y julio de 2006.

Las definiciones de las palabras clave usadas en este documento se recogen en el glosario. Para simplificar el texto, incluiremos en la denominación de "médico de Atención Primaria" a todos los médicos que trabajan en este ámbito (incluidos pediatras), con actividad en la sanidad pública o en la privada.

Los objetivos, la metodología de trabajo, la estructura y parte de los contenidos de este documento se presentaron en reuniones y congresos científicos nacionales, para exponer la obra y conocer la opinión de otros profesionales.

El documento definitivo se publica finalmente en formato de libro, y se facilita su distribución entre los farmacéuticos comunitarios y los médicos de Atención Primaria contando con el apoyo logístico de los Laboratorios Esteve.

El documento resultante no se considera un texto cerrado, sino que permite añadir en el futuro las aportaciones remitidas por otros profesionales. A tal efecto se facilita la dirección postal y el correo electrónico de la SEMERGEN y de la Fundación Pharmaceutical Care España (anexo 1).

La siguiente fase consistirá en su implantación, como herramienta de coordinación interprofesional, y en la evaluación de sus resultados.

ASPECTOS ÉTICOS

El fin último de este documento es mejorar la asistencia sanitaria a los pacientes que sufren asma en España, y que son atendidos por médicos de Atención Primaria y por farmacéuticos comunitarios.

Las propuestas realizadas van destinadas directamente a los profesionales, pero las actividades planteadas y los objetivos a conseguir se relacionan con personas, por lo que se mantendrá un respeto absoluto a las opiniones y decisiones que tomen los pacientes sobre la forma en que deben los profesionales sanitarios atenderles y asistirles.

SEMERGEN y la Fundación Pharmaceutical Care España, como organizaciones científicas promotoras de este documento, han acordado los objetivos, metodología y autores participantes.

Los Laboratorios Esteve, como patrocinador de la obra, da apoyo económico y logístico según acuerdo firmado, pero no ha seleccionado los autores, ni ha orientado la estructura o contenido del documento. Tampoco dispone de capacidad de censura o de derecho de veto.

Las limitaciones encontradas al desarrollar este documento han sido:

- Asumir todas las situaciones es imposible, por eso se enuncian las más frecuentes y conocidas, considerando que no es una clasificación exhaustiva y que habrá siempre situaciones muy específicas (o particulares o imprevisibles) que se deberán solucionar sobre la marcha.
- Este documento es un consenso, nunca un texto definitivo, y sirve de orientación general, pero evidentemente los farmacéuticos comunitarios y los médicos de Atención Primaria pueden llegar a otros acuerdos más realistas con su situación concreta, en relación con las circunstancias de los pacientes o el medio.

Las ventajas que se espera encontrar con la aplicación de este documento son:

- Mejorar la coordinación entre los profesionales de la Atención Primaria de salud.
- Mejorar la asistencia sanitaria a los pacientes, de manera eficiente, segura y rápida.

Se asume que todas las actuaciones, tanto de los pacientes como de los profesionales, son con buena voluntad, y se siguen los Principios de la Bioética: justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Para los procesos descritos se considera que no es necesario el consentimiento por escrito del paciente, aunque deberá ser informado de las acciones prestadas y de los resultados conseguidos.

En todo momento se deberá mantener el secreto profesional, así como la confidencialidad y seguridad de la información, mediante el cumplimiento de la normativa vigente actualmente en España sobre seguridad y protección de datos de carácter personal.

ESTRUCTURA

Recursos humanos: profesionales sanitarios correctamente formados e instruidos en asma, farmacoterapia, entrevista clínica y educación sanitaria.

Materiales que se necesitarán: equipamiento estándar en consulta médica y en oficina de farmacia, y además instrumental con placebo en aparatos de inhalación y medidor de pico-flujo *(Peak flow meter)*. También los médicos deberían disponer de espirómetro.

Recursos económicos: se asume que, en general, la estructura sanitaria actual facilita una financiación suficiente para el correcto ejercicio de los médicos de Atención Primaria y farmacéuticos comunitarios en España. Y estos no precisarán buscar o ampliar su estructura con nuevas inversiones o solicitando aportaciones económicas a terceros.

Documentación necesaria: cada farmacia, según sus características, adecuará sus formularios y hojas de seguimiento para registrar las actuaciones con cada paciente. La documentación debe ser individualizada en función de las necesidades del mismo, y archivada. Deberá contener, como mínimo, datos de identificación del paciente, del tratamiento, del cumplimiento,

de la técnica a emplear y de la derivación al médico. Es aconsejable dar información al paciente sobre a qué síntomas o signos debe estar atento, de acuerdo a la medicación que use y qué hacer en cada situación. En lo posible, se acompañará toda la información verbal brindada al paciente con folletos explicativos que refuercen lo conversado.

- Tarjeta amarilla.
- Parte u hoja de interconsulta o de derivación (anexo 2).
- Folletos informativos sobre asma, destinados a los pacientes.

Tarjeta amarilla

Para comunicar al servicio correspondiente de Farmacovigilancia las sospechas de reacciones adversas que se detecten por la prescripción, dispensación o seguimiento de medicamentos consumidos por humanos.

Hoja de interconsulta (anexo 2)

Sirve de soporte físico para transmitir información, entre profesionales sanitarios, por problemas relacionados con los medicamentos. Se pueden utilizar o adaptar los formularios que ya se dispongan, tanto en instituciones públicas como privadas, pero deberán contener al menos las siguientes características:

- Identificación de la institución (logotipo) y del profesional que cumplimenta y emite el impreso, incluyendo nombre y apellidos, domicilio postal, teléfono (si es posible el "directo"), fax y correo electrónico. Lugar y fecha en que se emite el documento.
- Identificación del paciente objeto de consulta (nombre y apellidos, y si es posible edad, sexo y un número de identificación oficial).
- Identificación del profesional destinatario (o receptor) del impreso: nombre y apellidos, centro de trabajo y dirección profesional.
- Disponer de un apartado específico para describir la situación por la que el farmacéutico detecta un problema. Por ejemplo: en la toma de tensión, en la determinación de una glucemia, en la dispensación, en el seguimiento farmacoterapéutico, etc.
- Disponer de otro apartado para justificar (o explicar) el motivo de la derivación e incluso, si se considera necesario, las recomendaciones o sugerencias del propio farmacéutico.
- Disponer de un apartado de contestación del médico, si lo cree necesario, para explicar sus decisiones y/o actuaciones.

Folletos explicativos sobre asma destinados a los pacientes

Es fundamental que la documentación informativa entregada a los pacientes sea la misma en la Oficina de Farmacia que en el Centro de Salud, generándose una comunicación entre los profesionales de ambos centros en cuanto a contenidos, logística e innovación del material distribuido.

PROCESOS DE COORDINACIÓN FARMACÉUTICO / MÉDICO

Las situaciones descritas y las acciones propuestas se agrupan en cuatro categorías: efectividad, seguridad, necesidad y educación sanitaria. Subdividiéndolas en grupos de mayor a menor, de contenidos más generales a más específicos, para concretar finalmente en una situación tipo y en las acciones recomendadas.

1. EFECTIVIDAD (anexo 3)

1.1. INFRADOSIFICACIÓN

1.1.1. Inicio o incremento de la sintomatología

Situación: paciente ya diagnosticado y con tratamiento farmacológico (Ej.: Budesonida 200 1-0-1) que refiere despertares nocturnos por síntomas de asma más de 2 veces al mes (si asma leve) o más de 1 vez a la semana (si asma moderada). También puede referir otros síntomas tales como: tos persistente, dificultad respiratoria más de 2-3 días, ruidos al respirar, fatiga o imposibilidad de utilizar la forma farmacéutica prescrita.

Acciones:

- Comprobar por el farmacéutico comunitario (FC) el correcto cumplimiento de la pauta y la técnica adecuada.
- Derivar al médico de Atención Primaria (MAP) para valorar incremento de la dosis y/o pauta, describiendo la situación encontrada.

1.1.2. Sobreutilización de la medicación de rescate

1.1.2.1. A corto plazo:

Situación: paciente que refiere utilización de más de 3-4 veces al día (si está en tratamiento con corticoides) o más de 1 vez a la semana (si no tiene pautados corticoides).

Acciones:

- Comprobar por el farmacéutico comunitario el correcto cumplimiento de la pauta y la técnica adecuada.
- Derivar al MAP para valorar ajuste de medicación, describiendo la situación encontrada.

1.1.2.2. A largo plazo

Situación: paciente que consume más de 1 inhalador al mes o más de 1 inhalador cada 2 meses cuando se usa añadido a un agente de larga duración.

Acciones:

- Comprobar por el farmacéutico comunitario el correcto cumplimiento de la pauta y la técnica adecuada.

- derivar al MAP (si no tiene pautados corticoides) para valorar medicación, describiendo la situación encontrada.

1.1.3. Consecuencias sociales por sintomatología

1.1.3.1. Absentismo laboral o escolar

Situación: el paciente o un familiar refiere que está faltando a su trabajo o escuela, más en el último periodo de tiempo, por empeoramiento de síntomas clínicos.

Acciones:

- Comprobar por el farmacéutico comunitario el correcto cumplimiento de la pauta y la técnica adecuada.
- Valorar por parte del FC la posible concomitancia de agentes desestabilizantes.
- Derivar al MAP, si es necesario, para valorar ajuste de medicación, describiendo la situación encontrada.

1.1.3.2. Aislamiento social:

Situación: el paciente o el familiar refiere que le resulta más difícil realizar sus actividades habituales (ejercicio físico, salidas con conocidos...) en el último periodo de tiempo por empeoramiento de síntomas clínicos.

Acciones:

- Comprobar por el farmacéutico comunitario el correcto cumplimiento de la pauta y la técnica adecuada.
- Valorar por parte del FC la posible concomitancia de agentes desestabilizantes.
- Derivar al MAP, si es necesario, para valorar ajuste de medicación, describiendo la situación encontrada.

1.1.3.3. Incremento de la demanda de atención por el cuidador primario

Situación: el cuidador primario refiere más demanda de atención por parte del paciente asmático.

Acciones:

- Comprobar por el farmacéutico comunitario el correcto cumplimiento de la pauta y la técnica adecuada.
- Valorar por parte del FC la posible concomitancia de agentes desestabilizantes.
- Derivar al MAP, si es necesario, para valorar ajuste de medicación, describiendo la situación encontrada.

1.2. INCUMPLIMIENTO

1.2.1. Desconocimiento sobre su enfermedad en paciente diagnosticado

1.2.1.1. Paciente en tratamiento que desconoce los motivos del mismo y cómo prevenir/controlar crisis.

Situación: por las consultas que hace el paciente, se evidencia sus carencias de información sanitaria.

Acciones:

- Explicar conceptos básicos sobre asma y tratamiento de rescate y/o prevención de crisis por el FC.
- Derivar al MAP, si es necesario, para inclusión en protocolo de educación sanitaria (ES) por enfermería, informando de lo ya realizado.

1.2.2. Falta de adherencia al tratamiento pautado

1.2.2.1. Paciente asmático con tratamiento "a demanda"

Situación: que infra o sobreutiliza la medicación.

Acciones:

- Explicar conceptos básicos sobre asma y tratamiento de rescate y/o prevención de crisis por el FC. Citar al paciente otro día y reevaluar.
- Si el paciente no responde a lo acordado con el farmacéutico, derivar al MAP para revisar la pauta de tratamiento y valorar el refuerzo de enfermería con educación sanitaria, informando de lo ya realizado.

1.2.2.2. Paciente asmático con tratamiento pautado programado

Situación: que infra o sobreutiliza la medicación.

Acciones:

- Explicar conceptos básicos sobre asma y tratamiento de rescate y/o prevención de crisis por el FC. Citar al paciente otro día y reevaluar.
- Si no responde a lo acordado, derivar al MAP para revisar la pauta de tratamiento y valorar el refuerzo de enfermería con educación sanitaria, informando de lo ya realizado.

1.2.3. Desconocimiento por parte del paciente del mecanismo de acción y de la indicación de cada fármaco

1.2.3.1. Medicación de rescate

Situación: abuso de medicación de rescate.

Acciones:

- Explicar cómo y cuándo usar la medicación de rescate por el FC.
- Derivar al MAP, si es necesario, para valorar revisión de pauta, informando de lo ya realizado.

1.2.3.2. Antinflamatorios y broncodilatadores

Situación: no adecuación de la pauta y/o de la posología de los fármacos.

Acciones:

- Revisión de la pauta utilizada por parte del FC y explicar orden de uso de cada fármaco.
- Derivación al MAP, si es necesario, para valorar inclusión en programa de educación sanitaria de enfermería y/o revisión de la pauta posológica.

1.2.4. Desconocimiento o mala técnica en el manejo del dispositivo de inhalación

1.2.4.1. No la conoce o no la domina

Situación: paciente en el que se detecta que no realiza correctamente la técnica de inhalación con los dispositivos.

Acciones:

- Explicación de la técnica por el FC, y se acuerda cita posterior de revisión.
- Derivar al MAP, si es necesario, para valorar inclusión en programa de educación sanitaria de enfermería y/o asociar dispositivos (cámara espaciadora).

1.2.4.2. Dificultad para el manejo de los dispositivos por limitación física

Situación: paciente con dificultades físicas (ej.: artrosis deformante en manos) que le impiden manejar los dispositivos de inhalación.

Acción:

- Derivar al MAP para cambio a otros dispositivos.

1.2.4.3. Dificultad para el manejo de los dispositivos por limitación en la coordinación

Situación: paciente con dificultades físicas (ej.: ictus) que le impiden sincronizar la inhalación con cartuchos presurizados.

Acción:

- Derivar al MAP para asociar cámara espaciadora o cambiar a otro dispositivo

1.3. INTERACCIONES QUE DISMINUYEN LA EFECTIVIDAD DE LA MEDICACIÓN ANTIASMÁTICA

1.3.1. Interacciones medicamentosas

1.3.1.1. Consumo de fenobarbital en paciente en tratamiento con corticoides orales

Situación: paciente en tratamiento con corticoides orales y fenobarbital en el que se detecta falta de efectividad de la medicación antiasmática.

Acciones:

- Derivar al MAP para valorar.

1.3.1.2. Consumo de rifampicina en paciente tratado con teofilinas

Situación: paciente en tratamiento con teofilina y rifampicina en el que se detecta falta de efectividad de la medicación antiasmática.

Acciones:

- Derivar al MAP para valorar.

1.3.2. Interacciones con alimentos

1.3.3. Interacciones con plantas medicinales

1.4. EXISTENCIA DE FACTORES DESESTABILIZANTES DE LA ENFERMEDAD

1.4.1. Infecciones concomitantes

Situación: paciente con sospecha de infección concomitante (vírica y/o bacteriana)

Acción:

- Derivar al MAP para manejo de la infección.

1.4.2. Factores ambientales

1.4.2.1. Alergenos: pólenes, polvos, ácaros...

Situación: paciente asmático con reagudización de la clínica en periodos estacionales.

Acciones:

- Revisar las pautas de rescate y/o prevención de crisis por parte del FC.
- Derivar al MAP, si es necesario, para valorar inclusión en programa de educación sanitaria de enfermería para manejo y control de factores desencadenantes.

1.4.2.2. Factores meteorológicos: humedad excesiva, baja temperatura...

Situación: paciente asmático con reagudización de la clínica en situaciones de aumento de la humedad y/o climas fríos.

Acciones:

- Revisión de las pautas de rescate y/o prevención de crisis por parte del FC.
- Derivar al MAP, si es necesario, para valorar inclusión en programa de educación sanitaria de enfermería para manejo y control de factores desencadenantes. Indicando datos obtenidos o trabajo realizado.

1.4.2.3. Contaminación atmosférica

Situación: paciente asmático con reagudización de la clínica en épocas o zonas de mayor concentración de contaminantes.

Acciones:

- Revisar las pautas de rescate y/o prevención de crisis por parte del FC.
- Derivar al MAP, si es necesario, para valorar inclusión en programa de educación sanitaria de enfermería para manejo y control de factores desencadenantes. Indicando datos obtenidos o trabajo realizado.

1.4.3. Ejercicio físico

Situación: paciente en el que aparece reagudizaciones de la clínica desencadenadas por el ejercicio físico.

Acciones:

- Revisar las pautas de rescate y/o prevención de crisis por parte del FC.
- Derivar al MAP, si es necesario, para ajuste de dosis y/o pauta de tratamiento, y valorar inclusión en programa de educación sanitaria de enfermería para manejo y control de factores desencadenantes.

1.4.4. Hábitos tóxicos

1.4.4.1. Paciente fumador

Situación: paciente que, a pesar de correcto tratamiento y adherencia al mismo, persiste en su hábito tabáquico.

Acciones:

- Educación sanitaria por parte del FC para deshabituación del hábito.
- Derivar al MAP, si es necesario, para inclusión en programas de deshabituación tabáquica.

1.4.5. Ingesta de determinadas sustancias como:

1.4.5.1. Alimentos que contienen sulfitos (sidra, cava, vino, marisco, precocinados, frutos secos...)

Situación: pacientes en los que se detecta incremento del número de crisis en posible relación con cambios de hábitos alimenticios.

Acción:

- Revisar la alimentación y consejo por parte del FC.

1.4.5.2. Algunos colorantes y conservantes

Situación: pacientes en los que se detecta incremento del número de crisis en posible relación con cambios de hábitos alimenticios.

Acción:

- Revisar la alimentación y consejo por parte del FC.

1.4.6. Otros:

1.4.6.1. Reflujo gastroesofágico

Situación: paciente con signos de afectación digestiva.

Acción:

- Derivar al MAP para valorar estudio y/ tratamiento.

1.4.6.2. Embarazo

Situación: paciente asmática que, durante su embarazo, presenta sintomatología compatible con desestabilización de su proceso.

Acción:

- Derivar al MAP para valorar ajuste de la pauta de tratamiento.

1.4.6.3. Emociones, estrés...

1.5. IDIOPÁTICO

1.5.1. Con tratamiento actual pero con reagudización de la clínica sin causa conocida

1.5.1.1. Con mínimo uso de medicación de rescate

Situación: paciente que refiere aumento de la frecuencia de los síntomas diurnos y/o nocturnos con limitación de su actividad habitual.

Acción:

- Evaluar correcta pauta de dosificación y correcta técnica por el FC.
- Derivar al MAP para revisión de la pauta, si es necesario.

1.5.1.2. Con uso adecuado de la medicación pautada

Situación: paciente que refiere aumento de la frecuencia de los síntomas diurnos y/o nocturnos con limitación de su actividad habitual.

Acción:

- Evaluar correcta pauta de dosificación y correcta técnica por el FC.
- Derivar al MAP para valorar modificación cuali o cuantitativa del tratamiento, si es necesario.

2. SEGURIDAD (anexo 4)

2.1. REACCIONES ADVERSAS

2.1.1. Disfonías o molestias faríngeas

Situación: paciente que refiere, tras el uso de inhaladores, sequedad y/o irritación faríngea.

Acciones:

- Revisión de la técnica y consejo de enjuagues por el FC.
- Derivar al MAP, si es necesario.

2.1.2. Taquicardia por agonistas adrenérgicos inhalados

Situación: paciente en tratamiento con dispositivos de inhalación que refiere cuadros de taquicardias.

Acciones:

- Revisar la pauta y la técnica por el FC.
- deriva al MAP, si es necesario.

2.1.3. Sospecha de candidiasis oral por corticoides inhalados

Situación: paciente que refiere lesión “blanquecina” en mucosa oral.

Acción:

- Derivar al MAP para valorar necesidad de tratamiento.

2.1.4. Cefaleas por modificadores de leucotrienos

Situación: paciente en tratamiento con leucotrienos que refiere incremento de las cefaleas.

Acción:

- Derivar al MAP para valorar retirada o ajuste de dosis.

2.2. SOBREDOSIFICACIÓN POR DUPLICIDAD

2.2.1. Utilización de dos fármacos con idéntico principio activo y diferente nombre comercial

Situación: paciente que demanda en la farmacia la dispensación de dos preparados distintos del mismo principio activo.

Acciones:

- Explicar al paciente el problema identificado por parte del FC.
- Derivar al MAP para ajuste de medicación, refiriendo la acción desarrollada con el paciente.

2.2.2. Utilización de dos fármacos con distinto principio activo pero idéntico mecanismo de acción

Situación: paciente que demanda en la farmacia la dispensación de dos dispositivos de inhalación con corticoides.

Acciones:

- Explicación por parte del FC al paciente del problema.
- Derivar al MAP para ajuste de medicación.

2.2.3. Utilización conjunta de corticoides inhalados y orales en paciente bien controlado

Situación: paciente que demanda en la farmacia la dispensación de forma crónica, de corticoides inhalados y orales y en el que no se conocen reagudizaciones recientes.

Acciones:

- Explicación por parte del FC al paciente del problema.
- Derivar al MAP para valorar ajuste de medicación, refiriendo la solicitud del paciente.

2.3. MEDICAMENTOS DE USO PRECAUTORIO EN ASMA

2.3.1. AINE

Situación: paciente asmático que demanda dispensación de AINE.

Acciones:

- Investigar por el FC posible intolerancia a AINE. Explicar qué puede causar broncoconstricción en algunos pacientes asmáticos.
- Aconsejar uso de paracetamol.
- Derivar al MAP si se sospechan interacciones o si su uso es contraproducente.

2.3.2. Betabloqueantes

- **Situación:** paciente asmático que demanda dispensación de betabloqueante para otra patología (incluso tópica).

  Acciones:

- Investiga por el FC posible intolerancia a betabloqueante. No es una interacción fármaco-fármaco, sino una interacción fármaco-enfermedad. Se debe informar al paciente de que puede aparecer broncoespasmo.
- Derivar al MAP si se sospechan interacciones, o si su uso es contraproducente.

2.3.3. IECA

Situación: paciente asmático en tratamiento con IECA para HTA acude para solicitar dispensación de su medicación antiasmática por tos persistente.

Acciones:

- Explicar por el FC la posible asociación con el IECA.
- Derivar al MAP para valorar sustitución de IECA.

2.3.4. Mucolíticos y/o antitusivos

Situación: paciente que demanda dispensación de mucolíticos o antitusígenos para la tos.

Acciones:

- Desaconsejar uso de mucolíticos y/o antitusígenos por riesgo de obstrucción bronquial.
- Derivar al MAP para estudio y tratamiento de la tos.

2.3.5. Sedantes

Situación: paciente que demanda dispensación de sedante por insomnio.

Acciones:

- Desaconseja el uso de sedantes por posible efecto depresor de centro respiratorio.
- Explicar medidas de higiene del sueño.
- Derivar al MAP para valorar necesidad de tratamiento si, a pesar de las medidas de higiene, persiste insomnio.

2.3.6. Medicamentos que contengan sulfitos como excipiente

Pueden desencadenar crisis asmáticas graves en pacientes con intolerancia.

2.4. RIESGO DE INTERACCIONES CON OTRAS SUSTANCIAS

2.4.1. Cimetidina, ciprofloxacino y eritromicina interactúan con la teofilina y aumentan sus niveles plasmáticos de esta última.

3. NECESIDAD (anexo 5)

3.1. PACIENTE SIN DIAGNÓSTICO PREVIO Y CON SIGNOS DE SOSPECHA

Situación: paciente que refiere síntomas diurnos (disnea, sibilancias, tos) al menos dos veces por semana y/o nocturnos de al menos dos veces al mes, con mínima limitación de su actividad habitual.

Acción:

- Derivar al MAP para valorar estudio y diagnóstico clínico.

3.2. PACIENTE CON DIAGNÓSTICO PREVIO

3.2.1. Sin tratamiento actual

Situación: paciente que refiere síntomas diurnos al menos dos veces por semana y/o nocturnos de al menos dos veces al mes, con mínima limitación de su actividad habitual (Ej: tos seca persistente, uso habitual de antitusivos, autoescucha de sibilancias, disnea…)

Acción:

- Derivar al MAP para valorar la instauración de tratamiento farmacológico.

3.2.2. Con tratamiento y estable durante un periodo de tiempo superior a 3 meses

Situación: paciente que demanda dispensación de medicación antiasmática y no ha presentado reagudización clínica al menos en los 3 últimos meses.

Acción:

- Derivar al MAP para valorar retirada o disminución progresiva de la medicación.

3.3. PACIENTE NO VACUNADO CONTRA LA GRIPE O EL NEUMOCOCO

Situación: paciente que demanda dispensación de medicamentos antiasmática, y ante el consejo de farmacéutico está dispuesto a vacunarse.

Acción:

- Derivar al MAP para valorar la prescripción de la vacuna antigripal y/o antineumocócica.

4. EDUCACIÓN SANITARIA (anexo 6)

Los programas de educación sanitaria en los pacientes asmáticos son fundamentales para el adecuado manejo de la enfermedad, la medicación y los factores desencadenantes, así como para la prevención y control temprano de las crisis.

En ellos deben participar todos los profesionales sanitarios, especialmente aquellos que, por su accesibilidad y proximidad, son más asequibles al paciente, como son los profesionales de enfermería y los farmacéuticos comunitarios.

4.1. DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

4.1.1. El paciente ignora que el asma es una enfermedad crónica

Situación: paciente que desconoce las características de cronicidad del asma y los medios que existen para controlarla y llevar una vida normal.

Acciones:

- Iniciar educación sanitaria por el FC y/o
- Derivar al MAP para educación sanitaria (ES) por parte de enfermería.

4.1.2. El paciente desconoce los mecanismos por los que se produce la enfermedad

Situación: paciente que desconoce la causa de la enfermedad (inflamación bronquial).

Acciones:

- Iniciar educación sanitaria por el FC y/o
- Derivar al MAP para desarrollar educación sanitaria por parte de enfermería.

4.2. MALA TÉCNICA

4.2.1. El paciente no conoce la técnica de inhalación

Situación: paciente en tratamiento por vía inhalatoria que desconoce la importancia de dicha vía para el correcto tratamiento.

Acciones:

- Iniciar educación sanitaria resaltando la importancia de la vía inhalatoria en estos procesos y/o
- Derivar al MAP para educación sanitaria por parte de enfermería.

4.2.2. El paciente desconoce la existencia de distintos dispositivos

Situación: paciente que manifiesta dificultad en el manejo de los dispositivos que tiene pautados.

Acciones:

- Iniciar educación sanitaria por parte del FC mostrando las ventajas e inconvenientes de cada dispositivo y/o
- Derivar al MAP para educación sanitaria por parte de enfermería.

4.2.3. El paciente desconoce la técnica de manejo del fármaco

Situación: paciente que disponiendo del dispositivo inhalatorio y, estando capacitado para su manejo, lo realiza de forma inadecuada por desconocimiento.

Acciones:

- Adiestrar al paciente en el uso adecuado del dispositivo, si es posible mediante la utilización de placebos y/o
- Derivar al MAP para educación sanitaria por parte de enfermería.

4.3. DESCONOCIMIENTO DE LOS FÁRMACOS Y SU UTILIDAD

4.3.1. El paciente desconoce la diferencia entre medicación de rescate y de mantenimiento

Situación: paciente en el que se detecta que utiliza de forma inadecuada la medicación de rescate y/o de mantenimiento.

Acción:

- Explicar al paciente la diferencia entre los diversos fármacos disponibles, sus indicaciones y su utilidad (alivio rápido de síntomas o control mantenido de la inflamación bronquial).

4.3.2. El paciente desconoce los posibles efectos secundarios de la medicación

Situación: paciente en el que se detecta desconocimiento sobre los posibles efectos secundarios de la medicación y los medios para evitarlos.

Acción:

- Informar al paciente por parte del FC sobre los efectos secundarios y cómo se pueden prevenir.

4.4. NO IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS Y SIGNOS DE EMPEORAMIENTO

Situación: el paciente no identifica la relación entre sus síntomas y la posible aparición o empeoramiento de una crisis.

Acciones:

- El FC formará al paciente sobre:
  - la forma en que se pueden presentar sus empeoramientos,
  - valorar la rapidez de instauración,
  - la importancia de usar correctamente la medicación de rescate,
  - cómo obtener atención médica urgente (teléfono de contacto, qué servicios de urgencia son los más cercanos y cómo acceder de la forma más rápida a ellos).
- Derivar al MAP, si es necesario, para reforzar la información y las medidas preventivas de los mismos e incluir en programa de ES de enfermería.

4.5. DESCONOCIMIENTO DE LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES DESENCADENANTES

Situación: paciente que presenta crisis ante determinados factores desencadenanntes, y se detecta su desconocimiento sobre la influencia de los mismos en su proceso de enfermar.

Acciones:

- Informar, por parte del FC, sobre los posibles factores desencadenantes y las formas de prevenir la exposición a los mismos y/o la aparición de crisis tras la exposición.

- Derivar al MAP, si se cree necesario, para reforzar la información y las medidas preventivas de los mismos e incluir en programa de educación sanitaria por parte de enfermería.

RESULTADO

Con la implantación de los procesos de coordinación entre farmacéuticos comunitarios y médicos de Atención Primaria se espera obtener que la atención a los pacientes asmáticos gane en calidad, eficiencia, seguridad y satisfacción.

Este programa de mejora de la coordinación entre el Médico de Atención Primaria y el farmacéutico comunitario se centra en un determinado problema de salud, el asma. Por lo que en la segunda fase de este proyecto habrá que valorar cuali y cuantitativamente las siguientes actuaciones:

- Detecciones de problemas.
- Intervenciones .
- Derivaciones.
- Resultados de las derivaciones.
- Coste económico.
- Tiempo dedicado.
- Satisfacción de los pacientes afectados.
- Satisfacción de los profesionales que han intervenido.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Los autores de este texto pretendemos no sólo su publicación, sino probarlo a gran escala, para mejorarlo y actualizarlo. Por lo que el paso siguiente será explicar y proponer la forma de verificar y controlar el proceso de coordinación: sistemas de registro, qué y cómo evaluar.

Evaluando las situaciones más prevalentes, se podrían diseñar estudios específicos para mejorar la prevención de dichos problemas, la mejor manera de abordarlos, etc.

Por otro lado, el uso de la hoja o informe de interconsulta puede ser muy positivo y útil a los dos colectivos. O, por el contrario, una pérdida de tiempo o bien que requiriese cambios para mejorar su operatividad.

También habría que explorar otras vías de comunicación: teléfono, fax, correo electrónico entre los dos colectivos.

Todo este trabajo es una tarea ingente por lo que invitamos a los lectores a que colaboren con nosotros, o desarrollen sus propios trabajos de investigación y compartan los resultados publicándolos en revistas científicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. AAC, GRAP, SEMERGEN, SENP, SEPAR. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Barcelona: Ediciones Mayo; 2003. Disponible en: www.gemasma.com
2. Andrés Jácome J, Iñesta García A. Estudio prospectivo sobre el impacto de un servicio de atención farmacéutica comunitaria en personas asmáticas. Rev Esp Salud Pública. 2003; 77(3):393-403.
3. Andrés Jácome J, Iñesta García A, Huertos Ruiz J, Rodrigo García N. Conocimiento de la técnica de inhalación de medicamentos antiasmáticos por farmacéuticos comunitarios. Pharm Care Esp. 2004; 6(4):191-4.
4. Andrés Jácome J, Iñesta García A. Problemas relacionados con medicamentos identificados en pacientes asmáticos. Pharm Care Esp. 2004; 6(4):210-7.
5. Bonal J. Farmacia Clínica I. Madrid: Editorial Síntesis; 1999.
6. Dago Martínez AM. El asma bronquial y la administración de medicamentos [editorial]. SEMERGEN. 2005; 31(1):1-2.
7. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
8. Equipo CESCA. Los sistemas de registro en la Atención Primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos; 1987.
9. Flor X, Álvarez I, Martín E, Castan X, Vigata JM, Rodríguez M, et al. Tratamiento del asma en Atención Primaria: ¿lo hacemos según el consenso internacional (GINA 2002)?. Aten Primaria. 2006; 38(1):19-24.
10. Foro de Atención Farmacéutica 2006 (FORO 2006). PRM y RNM: conceptos y definiciones. Farmacéuticos. 2006; (315):28-9.
11. García Cebrián F. La seguridad del paciente y la colaboración entre médicos y farmacéuticos [editorial]. SEMERGEN. 2006; 32(2):55-7.
12. Gérvas J. Introducción a las clasificaciones en Atención Primaria, con una valoración técnica de los "Consensos de Granada". Pharm Care Esp 2003; 5(2): 98-104.
13. Global Iniciative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention Revised 2002. NHLBI/WHO Workshop Report. National Institute of Health Publication No. 02-3659.
14. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE. 1999 diciembre 14; (298): 43088-99.
15. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE. 2002 noviembre 15; (274): 40126-32.
16. Organización Médica Colegial. Código de ética y deontología medica. Madrid: OMC, 1999.
17. Silva Castro MM, Tuneu i Valls L. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre asma bronquial. Barcelona: GIAF-UGR; 2003. Disponible en: www.giaf-ugr.org/links/otros.htm
18. Stuurman-Bieze A, Kokenberg M, Tobi H, de Boer W, van Doormaal J, Jong-van den de Berg L, Tromp Th. Complex phamaceutical care intervention in pulmonary care Par B. Patient opinión and processs survey. Pharmacy World Science. 2005; 27(5): 385-92.
19. Vich Pérez P, Pastor-Sánchez R. Actualización en asma bronquial para farmacéuticos comunitarios. Pharm Care Esp. 2004; 6(4):171-8.

ACRÓNIMOS UTILIZADOS

AF: atención farmacéutica
AINE: antiinflamatorio no esteroideo
AP: Atención Primaria
DRAE: diccionario de la Real Academia Española
EFC: especialidad farmacéutica compleja
ES: educación sanitaria
FC: farmacéutico comunitario (o farmacéutico de oficina de farmacia)
HTA: hipertensión arterial
IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina.
MAP: médicos Atención Primaria (médicos de familia y pediatras)
MF: médico de familia (o general o rural o de cabecera o de Atención Primaria)
PRM: problemas relacionados con los medicamentos
RAM: reacción adversa a medicamentos
RNM: resultado negativo asociado a la medicación
SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (o Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista)
SFT: seguimiento fármaco-terapéutico

GLOSARIO

Para las palabras clave usadas en este documento se acordó usar las siguientes definiciones:

Accesibilidad: provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizativas, económicas, culturales y emocionales.

Acción: ejercicio de la posibilidad de hacer.

Atención Farmacéutica: la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y los demás profesionales sanitarios para alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

Centro de salud: estructura física en la que ejercen los médicos de Atención Primaria y los enfermeros comunitarios atendiendo a los pacientes. Edificio en el que los profesionales de Atención Primaria desarrollan las funciones clínica, formativa, investigadora y gestora mediante actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, en los procesos de salud-enfermedad.

Continuidad: seguimiento por el mismo médico de un problema específico del paciente.

Coordinación: suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de Atención Primaria.

Diagnóstico: parte de la Medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundamentándose en los signos y síntomas de esta.

Dispensación: acto profesional por el que el farmacéutico, ante la solicitud de un medicamento, verifica de manera sistemática que el paciente o cuidador tienen información suficiente para la utilización efectiva y segura, y evalúa, con la información disponible, que el medicamento es adecuado para esa persona, procediendo a su entrega de acuerdo con la normativa vigente.

Educación para la salud: actividades encaminadas a aumentar la capacidad de los individuos y de la comunidad para participar en la acción sanitaria y la autorresponsabilidad en la promoción, mantenimiento y reposición de la salud.

Efectividad: capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera en situación real. Magnitud en la que una intervención mejora los resultados para los pacientes en la práctica.

Episodio (o episodio de enfermedad): el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas o signos y la resolución del problema de salud.

Episodio de atención o de cuidados: la sucesión de eventos desde la primera consulta por un problema de salud hasta la última consulta por el mismo.

Especialidad farmacéutica compleja (EFC): aquella especialidad farmacéutica que para su correcta administración requiere del aprendizaje de una técnica de administración, una técnica de preparación o ambas cosas.

Estructura: conjunto de recursos del sistema sanitario (recursos humanos, materiales y financieros).

Indicación farmacoterapéutica: el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir para un problema de salud concreto.

Integralidad: capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud (biológicos, psicológicos y sociales) de la población atendida.

Longitudinalidad: seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo médico.

Motivo o razón de consulta: lo que ha conducido a una persona a solicitar asistencia sanitaria, visto desde la perspectiva del paciente. Aquello que el paciente expone, antes de que el proveedor de salud juzgue su validez.

Necesidad: situación de una persona que precisa auxilio o ayuda (DRAE). En AF se entiende como situación de necesidad aquel problema de salud relacionado con la falta de uso de un medicamento, o con el uso de un medicamento que no es necesario.

Oficina de farmacia: establecimientos sanitarios en los que se dispensan los medicamentos a los pacientes -aconsejando e informando sobre su utilización-, se elaboran las fórmulas magistrales y los preparados oficinales, y se colabora con los pacientes y con las administraciones públicas en el uso racional del medicamento y en diferentes servicios sanitarios de interés general.

Paciente: la persona que consulta al profesional sanitario.

Problema de salud: todo aquello que requiere, o puede requerir, una acción por parte del agente de salud.

Problemas relacionados con los medicamentos (PRM): las situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen para el usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir RNM (FORO 2006).

Proceso: lo que hace o manda hacer el profesional sanitario. La relación entre los profesionales y la población y entre los propios profesionales.

Profesional sanitario: el personal cualificado que presta sus servicios en el sector sanitario. Incluye médicos, farmacéuticos, odontólogos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas y otros.

Reacción adversa a medicamentos (RAM): todo efecto nocivo y no deseado de un medicamento, que ocurre con las dosis habituales usadas para el diagnóstico, la terapéutica de una enfermedad o la modificación de una función fisiológica.

Resultado: lo que se consigue después de la actuación profesional en colaboración con el paciente. El cambio del estado de salud atribuible al antecedente de la intervención sanitaria; puede ser positivo o negativo, por exceso de atención, o por defecto en la prestación de la misma.

Resultados negativos asociados a la medicación (RNM): resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos (FORO 2006).

Seguimiento fármaco-terapéutico (SFT): servicio sanitario a los pacientes en cualquier tratamiento farmacológico, de responsabilidad compartida para todos aquellos profesionales sanitarios involucrados en ese tratamiento.

Seguridad: busca minimizar los riesgos y condicionantes asociados al uso de medicamentos.

Situación: suceso que afecta al uso de medicamentos por un paciente en un tiempo y lugar determinado.

Sospecha de RNM: la situación en que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM a los que podemos considerar como factores de riesgo de estos RNM (FORO 2006).

Tratamiento: propuesta terapéutica de un médico para resolver un problema de salud de un paciente por medio de fármacos, ejercicios o reposo, cambios en la nutrición, higiene o estilo de vida.

Visita o encuentro: el intercambio de información sobre problemas de salud entre un paciente (o su representante, como la madre de un bebé) y uno o más profesionales sanitarios. Cuando el encuentro con el paciente es en el despacho o lugar de trabajo del profesional, entonces hablamos de consulta, que puede ser:

- directo (cara a cara),
- indirecto (por teléfono, por carta, por Internet, por un tercero).

Cuando el encuentro se desarrolla en el domicilio del paciente, hablamos de visita a domicilio.

PÁGINAS WEB

Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios: www.agemed.es

American Academy of Allergy, Asthma and Immunology: www.aaaai.org/espanol/

American College of Allergy, Asthma & Immunology: www.acaai.org/public/lifeQuality/asma.htm

American College of Chest Physicians: www.chestnet.org

American Thoracic Society: www.thoracic.org

Asma infantil: www.asmainfantil.com

Asma y EPOC: www.asmayepoc.com

British Guideline on the Management of Asthma (2004): www.sign.ac.uk/pdf/sign63.pdf

Canadian Respiratory Journal: www.pulsus.com/Respir/home2.htm

CDC en español: www.cdc.gov/spanish/alergias.htm

Chest: www.chestjournal.org

Clinical Pulmonary Medicine: www.clinpulm.com

Clinics in Chest Medicine: www.clinpulm.com

European Respiratory Journal: http://erj.ersjournals.com

Fisterra: www.fisterra.com

Fundación Pharmaceutical Care España: www.pharmaceutical-care.org

Global Initiative for Asthma (GINA): www.ginasthma.com

Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA): www.gemasma.com

Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf

Journal of Bronchology: www.bronchology.com

Laboratorios Esteve: www.esteve.com

Medline Plus en español: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/asthma.html

Ministerio de Sanidad y Consumo: www.msc.es

National Asthma Education and Prevention Program: www.nhlbi.nih.gov/about/naepp/index.htm

National Heart, Lung, and Blood Institute: www.nhlbi.nih.gov

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria: www.semergen.es

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica: www.separ.es

ANEXOS

1. Hoja de sugerencias a MEDAFAR asma
2. Modelo de hoja de interconsulta
2. Procesos de coordinación relacionados con la efectividad
3. Procesos de coordinación relacionados con la seguridad
4. Procesos de coordinación relacionados con la necesidad
5. Procesos de coordinación relacionados con la educación

Anexo 1. Hoja de sugerencias a MEDAFAR asma

Propuesta de modificación a MEDAFAR asma

Responsable de la propuesta	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo-e: _____
Cambio propuesto	
Localización	Sección: _____ Página/s: _____
Justificación	
Bibliografía	

Correspondencia:

- Fundación Pharmaceutical Care España
  Rosellón, 331-333, entresuelo 2ª; 08037 Barcelona
  Correo-e: secretaria@pharmaceutical-care.org
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
  Narváez, 15, 1º Izquierda; 28009 Madrid
  Correo-e: secretaria@semergen.es

Anexo 2. Modelo de hoja de interconsulta

FARMACIA
Dirección postal _____
Tlf y fax: _____
Correo-e: _____

Fecha: _____

Paciente D/Dª: _____

A la atención de Dr/Dra: _____

El paciente ha acudido a la farmacia para el siguiente servicio:

Evaluada la información, creemos necesaria la derivación del paciente a tu consulta por los motivos siguientes:

Recibe un cordial saludo:

Fdo.: _____
Farmacéutico colegiado nº _____

RESPUESTA (si precisa):

Fecha: Firma:

Anexo 3. Procesos de coordinación relacionados con la efectividad

Infradosificación	Inicio o incremento de la sintomatología	
	Sobreutilización de la medicación de rescate	A corto plazo
		A largo plazo
	Consecuencias sociales por sintomatología	Absentismo laboral o escolar
		Aislamiento social
		Incremento demanda de atención por el cuidador primario
Incumplimiento	Desconocimiento sobre su enfermedad en paciente diagnosticado	Paciente en tratamiento que desconoce los motivos del mismo y como prevenir/ controlar crisis
	Falta de adherencia al tratamiento	En tratamiento a demanda
		En tratamiento programado
	Desconocimiento del mecanismo de acción y de la indicación del fármaco	Medicación de rescate
		Antiinflamatorios y broncodilatadores
	Desconocimiento o mala técnica en el manejo del dispositivo de inhalación	No lo conoce o no lo domina
		Por limitación física
		Por limitación en la coordinación
Interacciones	Medicamentosas	Corticoides orales con fenobarbital
		Teofilinas con rifampicina
	Con alimentos	
	Con plantas medicinales	
Desestabilizantes de la enfermedad	Infecciones concomitantes	
	Factores ambientales	Alergenos
		Meteorológicos
		Contaminación atmosférica
	Ejercicio físico	
	Hábitos tóxicos	Paciente fumador
	Ingesta de sustancias	Alimentos que contienen sulfitos
		Algunos colorantes o conservantes
	Otros	Reflujo gastro-esofágico
		Embarazo
		Emociones, estrés...
Idiopático	Con tratamiento actual pero con reagudización clínica sin causa conocida	Con mínimo uso de medicación de rescate
		Con uso adecuado de la medicación de rescate

Anexo 4. Procesos de coordinación relacionados con la seguridad

Reacciones adversas	Disfonía o molestias faríngeas
	Taquicardia por agonistas adrenérgicos inhalados
	Sospecha de candidiasis oral por corticoides inhalados
	Cefaleas por modificadores de leucotrienos
Sobredosificación por duplicidad	Utilización de 2 fármacos con idéntico principio activo y diferente nombre comercial
	Utilización de 2 fármacos con distinto principio activo pero idéntico mecanismo de acción
	Utilización conjunta de corticoides inhalados y orales en paciente bien controlado
Medicamentos a usar con precaución en asma	Antinflamatorios no esteroideos (AINE)
	Beta-bloqueantes
	Inhibidores de la enzima conversora de la angiotensiana (IECA)
	Mucolíticos
	Sedantes
	Excipientes con sulfito
Riesgo de interacciones	Con teofilina: cimetidina, ciprofloxacino y eritromicina

Anexo 5. Procesos de coordinación relacionados con la necesidad

Sin diagnóstico previo y signos de sospecha de asma	
Con diagnóstico previo de asma	Sin tratamiento actual
	Con tratamiento y estable durante más de 3 meses
No vacunado contra la gripe o el neumococo	

Anexo 6. Procesos de coordinación relacionados con la educación sanitaria

La enfermedad: asma	Ignora que el asma es una enfermedad crónica
	Ignora la fisiopatología del asma
Las técnicas de uso	Desconoce la técnica inhalatoria
	Desconoce la existencia de diversos dispositivos
	Desconoce la técnica del manejo del fármaco
Los fármacos: características y utilidades	Desconoce las diferencias entre medicación de rescate y de mantenimiento
	Desconoce los efectos secundarios de la medicación
Empeoramiento: síntomas y signos	No relaciona su estado con el inicio o empeoramiento de una crisis asmática
Factores desencadenantes	Desconoce la influencia de los factores desencadenantes del asma

Validado por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación

6000725

ESTEVE